

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N° 250

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alfred de SANDRO

Ancien Externe des Hôpitaux de Tours

Ancien Aide d'Anatomie à l'Ecole de Médecine de Tours

Né le 26 Mars 1925, à Bougie (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

1963

A PROPOS

D'UN CAS DE TUMEUR GLOMIQUE DE LA VULVE

Président : M. DEGOS, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : DE SANDRO

Prénom : ALFRED

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

SANDRO (ALFRED DE) — A propos d'un cas de tumeur glomique de la vulve. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 48 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

SANDRO (ALFRED DE) — A propos d'un cas de tumeur glomique de la vulve. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 48 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

SANDRO (ALFRED DE) — A propos d'un cas de tumeur glomique de la vulve. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 48 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

SANDRO (ALFRED DE) — A propos d'un cas de tumeur glomique de la vulve. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 48 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alfred de SANDRO

Ancien Externe des Hôpitaux de Tours

Ancien Aide d'Anatomie à l'Ecole de Médecine de Tours

Né le 26 Mars 1925, à Bougie (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

196

A PROPOS
D'UN CAS DE TUMEUR GLOMIQUE DE LA VULVE

Président : M. DEGOS, Professeur



IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN : Léon BINET, *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Jean VERNE — 2^e ASSESSEUR : Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.)	
— <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.)	
— <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurg. orthopédique et réparat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Bouicaut</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Broussais</i> : SOULIÉ (P.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.) :	
<i>BROUET</i> (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> :	
<i>DREYFUS</i> (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) : MERGER (R.).	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) . . .	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
--------------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.).

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.*; MM. ABELANET (R.); BUSSER (F.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.); CHRISTOL (D.);
LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRIH (J.); JÉRÔME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.);
MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASOCHER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COIJARD (R.), *pr. s. ch.*;
MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.*; BLANCHER (G.); Mlle CORRE-HURST (L.);
M. SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.); DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. DEROBERT (L.), *pr. s. ch.*;
FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.);
LE LORIER (G.); LÉVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBEY (M.);
SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophthalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.);
SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.);
CAUCHOIX (J.); CERBONNET (G.);
CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.);
DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.);
GAUDART d'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LÉVÊQUE (B.);
LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.);
ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOIVIN (P.); CROSNIER (J.);
HARTMANN (L.); LEGER (J.); MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.);
BRISSAC (H.); BROCARD (H.); BUIGE (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.);
COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.);
FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.);
LESOBRE (R.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.);
TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. JOSEPH (R.); LAFOURCADE (J.);
LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.);
DURAND (J.); GIRARD, *m. conf.*;
HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.), *m. conf.*, *pr. s. ch.*; GREMY (F.), *m. conf.*;
MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAVROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-physiologie :
 MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
 RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :
 MM. DENIKER (P.); DUCHÉ (D.);
 FLAVIGNY (H.); LAPRESLE (J.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie :
 M. CERNÉA (P.); Mme CHAPUT (A.),
m. conf. agr.; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :
 MM. CHASSAGNE (P.); LAMOTTE (M.);
 MARCHE (J.).

Urologie :
 MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
 QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale :
 MM. ABOULKER (P.); AMELINE (A.),
pr. s. ch.; VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :
 MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
 THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :
 MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
 MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique oto-rhino-laryngologique :
 M. MADURO (R.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
 M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté

Secrétaire principal

Conservateur en Chef de la Bibliothèque,
 Conservateur du Musée d'Histoire de la
 Médecine

Conservateur

Bibliothécaires

M. LENA (J.)

Mlle CHAINTREUIL (G.)

M. le Docteur HAHN (A.)

Mlle DUMAITRE (P.)

Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
 Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
 QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de ma grande admiration
et de ma profonde gratitude.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DEGOS

Professeur de la Chaire des Maladies Cutanées et Syphilitiques

Médecin des Hôpitaux

à la Faculté de Médecine de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR B. DUPERRAT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui a bien voulu me guider dans ce
travail.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. DE BRUX

*Pour son aide précieuse dans un domaine
que je connaissais mal.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR M. BARDIAUX

Chef de Service de Gynécologie-Obstétrique
de l'Hôpital d'Aulnay-sous-Bois (Seine-et-Oise)

Qui m'a ouvert les portes de la Gynécologie et de l'Obstétrique et m'a fait l'amitié de me confier la rédaction de ce travail.

A MES MAITRES
DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ

A MES AMIS DES HOPITAUX DE TOURS
DE LA RÉGION PARISIENNE ET DE PARIS

A MON AMI, A. RAUZY

*En souvenir de moments difficiles et en
remerciement pour son bel enthousiasme.*

A TOUS MES CAMARADES
DES 14^e ET 15^e DÉTACHEMENTS U.S.A.
C.F.P.N.A. (1944-1945)

A TOUS MES CAMARADES PILOTES DE CHASSE
ET A LEUR MÉMOIRE

A quelque philosophie qu'ils appartiennent.

INTRODUCTION

Ce travail a pour but de présenter une curieuse observation qui nous a beaucoup intrigué au début et au décours de son évolution.

La malade dont nous entreprenons la description clinique, a été vue et mise en observation et en traitement dans le Service de Gynécologie-Obstétrique du Docteur BARDIAUX, à l'Hôpital Intercommunal d'Aulnay-sous-Bois (Seine-et-Oise).

Le syndrome douloureux que présentait notre malade nous a donné de grandes difficultés quant au diagnostic. Il nous a amené à évoquer un certain nombre de possibilités pathologiques qui se sont révélées sans fondement.

La solution du problème nous a été donnée par l'examen histologique de la pièce opératoire, pratiquée par le Professeur agrégé B. DUPERRAT (Hôpital Saint-Louis, Paris). Il s'agissait d'une tumeur glomique.

Ces tumeurs, pour leur donner le nom de l'auteur qui les a le premier le mieux et définitivement classées, les tumeurs du glomus neuro-myo-artériel de P. MASSON, sont connues et nettement individualisées depuis maintenant quelque quarante ans.

De nombreuses publications leur ont été consacrées.

Cependant, aucun document français ou de langue française de pratique gynécologique courante, à notre connaissance, ne mentionnait cette pathologie et n'a pu nous aider dans l'identification du syndrome. Il est possible qu'une publication nous ait échappée, mais aucune de celles auxquelles nous avons fait référence n'a pu nous mettre sur la voie du diagnostic précis. L'explication évidente en est la rareté de la tumeur. Cet argument de fréquence n'a peut-être pas sollicité les différents auteurs des manuels classiques à lui consacrer une place autonome dans leurs travaux.

Quand le diagnostic nous fut confirmé, la lecture des différents documents parus sur la question nous a permis de découvrir la

maladie en d'autres points de l'économie, où elle a fait l'objet d'études précises et de mises au point définitives. Elle appartient à un ensemble pathologique connu.

* *

Le travail que nous présentons se divise en deux parties.

• A l'inverse de notre expérience personnelle, la *première partie* comprendra l'étude de l'essentiel de ce qui est connu de la « maladie glomique ».

Pour ce faire, nous rappellerons, comme tous les auteurs, les quatre chapitres de :

- l'historique et la position du problème ;
- l'anatomie normale ;
- la physiologie ;
- l'anatomo-pathologie ;

du glomus neuro-myo-artériel de P. MASSON.

— Dans un dernier chapitre, nous résumerons les caractères cliniques généraux communs du syndrome.

Les travaux d'ensemble de P. MASSON en 1924 et 1935, de MOUCHET et VILAIN en 1949, de GANDER en 1952, de CAMPONOVIO (*Thèse*, Paris, 1953, inspirée par F. LAYANI), de F. LAYANI en 1958, de SUIRE et PIGEAUD en 1960, tous en langue française, le chapitre de PACK et ARIEL consacré aux tumeurs cutanées dans leur ouvrage en langue anglaise, forment un total cohérent des connaissances du sujet.

• Dans une *deuxième partie*, nous présenterons notre observation personnelle, essaierons de l'intégrer dans l'ensemble pathologique de la maladie glomique et la confronterons avec le seul document parvenu à notre connaissance d'une localisation analogue : il s'agit du mémoire du gynécologue allemand STANGE, en 1951.

CHAPITRE I

HISTORIQUE ET POSITION DU PROBLÈME

La connaissance de la morphologie normale du glomus et de ses déviations pathologiques passe par plusieurs phases dont la plus importante se situe au premier quart de notre siècle.

I. — Dans une première phase, la tumeur fait l'objet de communications et d'essais d'explications. Sa connaissance remonte au XVIII^e siècle.

— En 1760, CAMPNER¹ rapporte le premier cas.

— En 1792, BINET² décrit l'observation d'une jeune malade souffrant de la jambe gauche. La douleur a pour point de départ une tumeur et irradie jusqu'à la crête iliaque. Le traitement, en l'occurrence la cautérisation de la tumeur, amène la disparition des symptômes. L'essentiel de la physionomie clinique se trouve ébauché.

— En 1799, BISSET et PETIT³ précisent les caractères cliniques de la tumeur.

Le XIX^e siècle voit se succéder une série d'études cliniques et anatomo-pathologiques qui tentent de faire le tour du problème.

— En 1818, NOOD⁴ réunit, dans un mémoire d'ensemble, les cas publiés en Angleterre.

— En 1855, PAGET⁵ différencie ces tumeurs peu connues des fibromes et des neuromes.

(1) In SUIRE et PIGEAUD.

(2) In LAYANI.

(3) In SUIRE et PIGEAUD.

(4) In LAYANI.

(5) *Idem*.

— En 1870, TILLAUX⁶ observe des fibromes sous-cutanés douloureux.

— En 1878, KOLAKSECK⁷ identifie la tumeur comme un angiosarcome, lui conférant ainsi une évolution maligne qu'elle n'a pas. La même erreur d'appréciation quant à l'évolution de la tumeur se retrouve en :

— 1882 : chez CHANDELAX⁸, qui la décrit comme un épithélioma tubulaire.

— En 1901, chez MULLER⁹, qui en fait un périthélioma sub-unguéal.

II. — La deuxième phase s'ouvre avec les travaux de P. MASSON qui, à l'étude d'une tumeur observée chez une jeune fille par BARRE, en 1920, donne magistralement la description quasi définitive d'un organite cutané formé d'une anastomose artério-veineuse à paroi spécifique, le « glomus », pour lequel il propose le qualificatif de « neuro-myo-artériel », auquel son nom reste attaché.

La confrontation avec d'autres néoformations analogues lui permet d'envisager l'existence d'un réseau glomique normal. « Du pathologique, il était remonté au normal. »

Il ébauche, toujours à l'occasion de cette étude, une première classification des différentes morphologies des tumeurs qui est définitivement mise au point dans un second mémoire en 1935 et acceptée par tous les auteurs.

A sa suite, un faisceau d'expériences et d'études de faits de la pathologie générale apportent des arguments qui donnent une explication physiologique de cet organite.

En 1930, GRANT, puis GRANT et BLAND, étudient les anastomoses glomiques sur l'oreille de lapin vivant, puis sur la main de l'homme, ensuite sur diverses régions cutanées. Ils concluent que les anastomoses glomiques jouent le rôle principal dans la « réaction au froid » de Lewis, en dérivant plus ou moins le sang artériel dans le réseau veineux. Elles jouent donc un rôle dans la régulation thermique.

En 1934, E.R. CLARK et E.L. CLARK étudient, eux aussi, l'oreille du lapin par la technique de la « chambre transparente ». Ils rapportent que les anastomoses glomiques sont le siège de contractions et de dilatations périodiques selon un rythme qui leur est propre, indé-

(6) In LAYANI.

(7) *Idem.*

(8) *Idem.*

(9) *Idem.*

pendant du rythme circulatoire, et selon une intensité brutale capable d'abolir la lumière du vaisseau. Elles jouent donc un rôle dans le débit sanguin périphérique et capillaire.

En 1935, POPOFF étudie des faits pathologiques. Dans l'artériosclérose et dans le diabète, il y a une destruction d'une grande partie des glomus, accompagnée de la béance de la paroi de ceux qui restent. Le résultat en est la stase permanente du sang dans les capillaires qu'ils contrôlent.

Cette série d'expériences et de constatations pathologiques montrent à l'évidence que le glomus règle la circulation sanguine locale et sa pression intervenant ainsi dans la régulation de la pression interstitielle et la nutrition tissulaire.

Ces travaux sont désormais classiques et sont la base de nos connaissances actuelles de la question.

Depuis, un grand nombre d'observations rapportées ont fait connaître la plus grande fréquence de la pathologie du glomus et une « carte » pathologique a pu être dressée par différents travaux d'ensemble.

La topographie du glomus normal et des tumeurs glomiques a cependant débordé le cadre de l'extrémité tégumentaire des membres dans lequel semblaient l'enfermer les premières descriptions. Le fait avait déjà été entrevu par MASSON.

L'apparition, le développement et la sénescence du glomus ont été décrits aux différents stades de la vie chez le nourrisson, l'adulte et le vieillard, apportant un argument supplémentaire à l'hypothèse de son rôle dans la thermo-régulation.

Enfin, certains auteurs modernes ont cru devoir remettre en cause la bénignité d'évolution de la tumeur et ses possibilités de récurrence.

CHAPITRE II

RAPPEL SUCCINCT DE L'ANATOMIE NORMALE OU GLOMUS NEURO-MYO-ARTÉRIEL DE MASSON

La structure de ces formations est maintenant bien connue depuis le travail d'ensemble que leur consacra MASSON (1924-1937).

« Notre glomus, écrit-il, a été étudié par maints auteurs, mais chacun de ceux-ci, utilisant des techniques trop simples, n'a vu qu'une partie des éléments qui le caractérisent. »

Le siège de prédilection de ces formations est l'extrémité distale des membres, du supérieur plus souvent que de l'inférieur. Ils sont en plus grand nombre situés dans le lit de l'ongle, la face palmaire des phalangettes et des phalanges, la pulpe digitale, les éminences thénar et hypothénar. Ils se situent, d'autre part, en d'autres points de l'économie, par fréquence décroissante.

Pour CLARA¹, des formations glomiques existent au niveau des ovaires, de l'estomac, de l'intestin, des reins, des ganglions lymphatiques, du cerveau. Pour DURANT², au niveau du muscle utérin. Pour PACK et ARIEL, on les décrit au niveau du pénis et de l'urèthre.

Histologiquement, dans le système cutané que nous décrirons, il existe deux réseaux. L'un sous-dermique, profond : l'autre sus-dermique ou sous-papillaire, au-dessus.

Ce dernier comprend à décrire trois formations, anastomosées et superposées :

- a) le système capillaire proprement dit, hamac classique anastomotique terminal, qui ne présente pas de caractère particulier et bien connu ;

(1) In *Thèse* CAMPONOVIO.

(2) *Idem*.

- b) au-dessous, une anastomose artério-veineuse, le « canal dérivative », bien étudié par SUCQUET (1862) qui lui a attaché son nom ;
- c) entre les deux formations, le « canal de jonction », ou « canal préférentiel », ou « canal d'union », particulièrement étudié par CHAMBERS et ZWEIFACH. Ce canal joint l'artériole afférente à la veinule efférente. Dans sa partie initiale, il est muni d'une couche musculaire et forme la métartériole. En amont d'elle, se situe le glomus neuro-myo-artériel.

Le glomus n'est caractéristique que dans sa partie artériolaire.

Une artériole dermique, arrivant au niveau sous-papillaire du derme, se divise en deux branches : la supérieure, l'artériole terminale, va au réseau capillaire de la zone papillaire ; l'autre branche reste parallèle à la surface, c'est l'artère afférente du glomus.

Celle-ci s'incurve brusquement et devient sinueuse. Sa paroi épaisse, formée de nombreuses cellules polyédriques, entoure une lumière étroite. C'est le segment artériel. Puis la lumière s'élargit brusquement et l'épaisseur de la paroi diminue. C'est le segment veineux du vaisseau glomique. Il débouche dans une veine efférente.

Ces différents éléments du vaisseau glomique sont plongés dans une atmosphère conjonctive délicate à nombreux noyaux.

Le segment artériel est la pièce principale la plus importante. Il présente des caractères propres. Sa paroi est épaisse, sa lumière étroite. L'endothélium est épais, parfois cubique. Il n'existe pas de lame limitante élastique interne qui est remplacée par une lamelle fibrillaire pré-collagène. La média est constituée par quatre à cinq couches de cellules polyédriques, un peu globuleuses, à noyaux sphériques, ou un peu allongées, anastomosées. Les plus allongées sont pauvres en myofibrilles. Au fur et à mesure que l'on avance dans le segment artériel, les cellules deviennent plus courtes, plus régulières, plus pauvres en myofibrilles et méritent bien le nom d'épithélioïdes.

« Ce qui caractérise avant tout les artères glomiques, c'est la différenciation spéciale que subissent les fibres musculaires de leurs parois. » (MASSON.)

Autour du vaisseau glomique et la place de l'adventice, on rencontre un manchon nerveux qui cesse brusquement au moment où le segment artériel devient segment veineux. Il est constitué de deux couches. Une couche claire, constituée par un plexus de cylindraxes de fibres nerveuses et un assez grand nombre de cellules à granulations basophiles (pastocytes, mastzellen, histiogènes). Une deuxième couche, plus externe, de fibres amyéliniques, anastomosées entre elles, émettant des prolongements internes si étroitement liés au réseau des cellules musculaires qu'il est souvent impossible de les distinguer. Ces filets nerveux amyéliniques viennent du plexus nerveux péri-artériel

ou pèri-veineux ; les filets à myéline tirent leur origine du plexus dermique. Les premières sont vaso-motrices : les secondes sont sensibles et représentent même des appareils sensoriels.

Le glomus forme une masse de 30 à 60 μ de large et de 100 à 300 μ de long. Lorsque le segment artériel du vaisseau glomique est dilaté, la lumière mesure de 20 à 30 μ de large, l'endothélium est mince et plat. Les cellules de la média sont alors longues, fusiformes.

Telles sont les notions anatomiques rapidement résumées et généralement admises par tous les auteurs, du glomus neuro-myo-artériel.

A la lecture du mémoire original de P. MASSON, en 1924, deux points ont retenu notre attention :

— Dans une étude d'ensemble de la morphologie très particulière de l'artère glomique dans les différents territoires de l'économie, MASSON redresse une erreur communément admise alors au sujet du ganglion coccygien ou glande de Luschka :

« Elle est, dit-il, formée de plusieurs glomus branchés sur les rameaux de l'artère sacrée moyenne. »

Une hypothèse séduisante donnerait peut-être l'explication du syndrome si désespérément tenace de la « coccygodymie ». Peut-être s'agirait-il en fait d'une dégénérescence tumorale de l'amas glomique qui constitue la glande de Luschka.

— Dans un deuxième point, d'autre part, P. MASSON étudie la relation topographique existant entre son glomus et les différents organes du tact dans le derme. Il écrit :

« Les glomus sont d'autant plus nombreux dans une région que celle-ci est plus adaptée au sens du tact, et c'est à l'extrémité antérieure des doigts qu'ils sont le plus abondants et le plus développés.

« Si on les recense en même temps que les corpuscules tactiles, on constate que leur nombre varie comme le nombre des corpuscules de Wagner-Meissner.

« Quand ceux-ci manquent ou sont assez rares pour être difficiles à trouver (face dorsale des doigts), alors que les corpuscules de Vater-Pacini, de Golgi-Manzoni et les flocules sont faciles à mettre en évidence, on ne trouve pas davantage de glomus. »

Il existe donc un parallélisme topographique très net entre le glomus et le corpuscule de Wagner-Meissner.

Ce dernier est une terminaison nerveuse corpusculaire sensible de l'épiderme.

Rappelons, pour mémoire, que les autres terminaisons corpusculaires sont les corpuscules de Vater-Pacini, les corpuscules de Golgi-Manzoni et les corpuscules de Rufini.

Nous reprendrons l'essentiel de la description du corpuscule de Wagner-Meissner telle que la donne DUBREUIL :

Ces organites siègent dans les papilles et dans les zones où la peau est particulièrement sensible aux contacts : phalangettes, phalangines et phalanges des doigts, paume de la main, pulpe des orteils, plante du pied, gland, mamelon, bord rouge des lèvres ; partout ailleurs, ils sont très rares.

Chaque corpuscule comporte une capsule conjonctive mince. Cette capsule se rattache à la gaine de Henlé de la fibre à myéline dont elle est l'épanouissement autour du corpuscule. Une fibre nerveuse à myéline aborde le corpuscule par un pôle ou un de ses côtés, la gaine de myéline disparaît et le cylindraxe nu s'engage dans le tissu de soutien en se divisant en un petit nombre de branches. Celles-ci montent vers le sommet du corpuscule et donnent de courtes ramifications latérales. L'ensemble forme le bouquet de Fischer ou arborisation principale ; une arborisation à la périphérie du tissu de soutien est constituée par une fibre amyélinique sympathique grêle, c'est l'appareil de Timofeew ou arborisation secondaire. Quelquefois, une branche du cylindraxe s'échappe du pôle superficiel en une courte arborisation au sommet de la papille. Ils portent alors le nom de corpuscule de Dogiel.

Les corpuscules génitaux ou de la volupté sont remarquablement de grande taille (0,2 mm et plus) et leur arborisation nerveuse est très riche ; ils siègent sur le gland et le clitoris.

CHAPITRE III

PHYSIOLOGIE

Le rôle physiologique du glomus a fait l'objet de nombreux travaux. Les plus importants sont ceux de MASSON lui-même, dans son mémoire de 1924, de GRANT, de GRANT et BLAND, de E.R. CLARK et E.L. CLARK, et enfin, dans le domaine physio-pathologique, ceux de N.W. POPOFF.

Il a

« une grande importance dans la régulation de la pression sanguine locale », dit MASSON (1924).

« Les progrès de nos connaissances, écrit-il par ailleurs, ... tendent à en faire des organes vaso-moteurs, liés peut-être et accessoirement à la régulation thermique, mais avant tout à la régulation de la circulation capillaire, contrôlée elle-même par les corpuscules tactiles lamelleux. » (*Id.*)

Enfin, « de par sa situation, le glomus évoque l'idée d'une sorte de manomètre capable de contrôler par lui-même, à la fois la pression artérielle et la pression interstitielle dermique et probablement de la régler par un jeu de réflexes vaso-moteurs dont il serait le point de départ ». (*Id.*)

Il pense que la rétractilité du vaisseau qui peut aller jusqu'à l'effacement complet de la lumière vasculaire est due à l'absence de la limitante interne. La contractilité de l'ensemble est plus grande de par le fait que les myofibrilles sont communes à plusieurs cellules voisines. Cette contractilité est maximum lorsque les cellules sont épithélioïdes.

D'autre part, le réseau nerveux péri-glomique extrêmement développé laisse supposer l'existence, à ce niveau, d'une zone réflexogène très importante.

Les travaux de GRANT et BLAND, ceux de E.R. et E.L. CLARK mettent en évidence une absence de synchronisme entre les contractions du glomus et les contractions et les relâchements des artères.

ainsi que le rôle du glomus dans le débit circulatoire des capillaires et des veines, ce que laissait supposer la morphologie.

Dans un troisième ordre de faits, POPOFF montre que dans des circonstances pathologiques telles que l'artériosclérose ou le diabète, la destruction ou la béance permanente des anastomoses artério-veineuses glomiques entraînent la stase capillaire et la distension des petits vaisseaux. Il en résulte les troubles trophiques caractéristiques.

CHAPITRE IV

ANATOMO-PATHOLOGIE LES TUMEURS GLOMIQUES OU ANGIO-MYO-NEUROMES ARTÉRIELS

Elles se présentent macroscopiquement sous la forme de petites masses arrondies, légèrement rosées, à localisation dans la partie inférieure du derme. Le point le plus fréquemment décrit de leur apparition est le lit de l'ongle. Elles apparaissent aussi tout au long du membre supérieur, plus rarement sur le tronc, la tête et les membres inférieurs.

Ce sont des tumeurs à croissance lente et limitée. MASSON cite le cas d'une évolution ayant duré trente ans.

Malgré un tableau clinique alarmant, ces tumeurs sont essentiellement bénignes. Certains auteurs modernes ont cru cependant devoir reposer le problème de la bénignité de leur évolution, mais on s'accorde généralement pour dénier tout caractère de malignité à ces néoformations.

Le seul traitement logique, quand il est possible, et il ne présente pas de difficultés majeures dans les localisations cutanées, est l'ablation chirurgicale. Si elle est totale, elle amène l'entière guérison. On a cependant décrit des formes récidivantes, dans des circonstances peu explicites, il est vrai.

Microscopiquement, ces tumeurs sont entourées d'une capsule formée par le derme refoulé et comprimé autour d'elles.

Elles sont formées des éléments cellulaires semblables aux cellules normales du glomus.

« Si l'on considère les tumeurs que j'ai décrites plus haut, ... on ne peut qu'être frappé par leur ressemblance avec le glomus normal. Ce sont des glomus hypertrophiés. On y retrouve les mêmes constituants, mais une surproduction de cellules épithélioïdes et de nerfs. » (MASSON, 1924.)

Dans sa description anatomo-pathologique, MASSON individualise deux types morphologiques de tumeurs.

— Le premier type est représenté par la fusion des parois des différents vaisseaux glomiques voisins. Il se forme ainsi des masses de cellules épithélioïdes rendant un aspect de tumeur médullaire, difficile à interpréter si l'on n'a pas individualisé les images glomico-vasculaires à la périphérie.

— Dans le deuxième type, au contraire, les vaisseaux se maintiennent dilatés. L'aspect, au faible grossissement, est celui d'un angiome caverneux ; au fort grossissement, l'aspect caractéristique des parois artérielles et la présence des cellules épithélioïdes caractéristiques les fait ranger parmi les tumeurs glomiques.

Dans une étude récente de 8 cas personnels, G. GANDER confirme que

« les tumeurs glomiques peuvent prendre un aspect différent selon que prédomine la partie vasculaire, ou au contraire la partie épithélioïde. Ainsi, selon les cas, nous pouvons parler de type vasculaire, de type épithélioïde, à côté du type glomique pur ».

CHAPITRE V

CLINIQUE

L'étiologie de la tumeur est inconnue. Tout au plus, peut-on noter les circonstances dans lesquelles elle apparaît.

Elle est observée le plus fréquemment chez la femme, chez l'adulte jeune, chez l'adolescent. Elle n'apparaît jamais chez le nourrisson et est très rare après soixante ans.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous prendrons comme type de description la forme la mieux connue parce que la plus fréquemment décrite. C'est la tumeur glomique de l'extrémité distale du membre supérieur.

Les manifestations cliniques sont extrêmement évocatrices.

D'apparition spontanée, la tumeur est de petite taille : 1 cm à 1,5 cm. Elle siège à la main, à l'extrémité du doigt, dans le lit unguéal. Elle occupe le derme superficiel et a un aspect cyanotique.

La douleur est le symptôme majeur qui permet, quand la pathologie est connue, de mettre à lui seul sur la voie du diagnostic.

Elle est spontanée, de caractère « à nulle autre pareille », durable, datant de plusieurs mois, voire de plusieurs années. Le chiffre extrême relevé dans la littérature est celui d'une douleur remontant à trente ans. Ceci tient vraisemblablement au fait que la tumeur glomique est un chapitre relativement peu connu.

Cette douleur est aiguë et d'intensité variable, « qui fait naître toutes les comparaisons : jeu rapide d'une machine à coudre, coup de fouet, martèlement ».

Elle est provoquée, au stade du début, par un traumatisme local, ce qui pose le problème du rôle éventuel de ce dernier dans l'apparition du syndrome.

L'irradiation se fait généralement de bas en haut, vers l'épaule. Mais elle est aussi parfois aberrante, vers la région thoracique ou

dorsale. Pour certains auteurs, cette irradiation aberrante est pathognomonique de la tumeur glomique. Elle est à l'origine de l'autre caractère clinique quasi constant : les erreurs de diagnostic qui imposent aux malades « des traitements les plus fantaisistes », et mènent à de graves mécomptes thérapeutiques.

La douleur est accentuée par le froid en général, et calmée par le chaud.

Elle retentit, si son évolution est longue et si le traitement mis en œuvre est incorrect, sur l'état général. Le psychisme peut être atteint, souvent à base d'irritabilité et d'irascibilité. On note un exemple d'atteinte psychique telle qu'elle avait conduit la malade à l'idée de suicide.

Un syndrome sympathique peut apparaître : érythrose, syndrome de Claude Bernard-Horner.

EXAMEN

À l'examen, on trouve une petite tache du volume d'une lentille, rouge violacé. Assez souvent d'ailleurs, la tumeur n'est pas visible.

L'exploration au stylet, minutieuse, réveille la douleur en un point précis et s'accompagne de l'irradiation décrite spontanément par la malade.

RADIOGRAPHIE

La radio peut apporter des renseignements intéressants.

Elle montre parfois des altérations osseuses sous-jacentes :

- tantôt simple érosion de la corticale ;
- tantôt condensation du cortex ;
- tantôt effraction de la corticale, avec remaniement de la spongieuse.

Elle fournit souvent des renseignements très intéressants et devra être demandée systématiquement.

ÉVOLUTION

L'évolution spontanée, du point de vue tumoral, reste cependant bénigne. Bénin pour autant qu'on puisse étiqueter comme tel un syndrome conduisant à des idées d'auto-destruction et donnant lieu à des insuffisances fonctionnelles très importantes.

La tumeur ne donne aucun signe de dégénérescence cellulaire maligne, reste bien enclose et évolue localement, sans dissémination.

FORMES CLINIQUES

Les formes cliniques tiennent compte de trois sortes de faits : selon la localisation, selon l'anatomo-pathologie, selon la symptomatologie de la tumeur.

1) SELON LA LOCALISATION

Elle apparaît, au fur et à mesure qu'on la décrit davantage, en différents points de l'organisme :

- a) Au membre supérieur, sur tout le long de son trajet, avant-bras, bras, sans aucune fréquence plus marquée d'un côté.
- b) Au membre inférieur, orteil, malléoles, genou, cuisse, dans les mêmes conditions.
- c) Dans la région du dos, dans le revêtement cutané de la région sacro-lombaire.
- d) Dans le médiastin.
- e) Dans l'estomac.

Elle est en général unique, mais quelquefois bilatérale et même multiple.

2) SELON L'ANATOMO-PATHOLOGIE

Déjà décrites au chapitre précédent, on individualise :

- un type I de Masson, ou « forme compacte », ou « épithélioïde pur » ;
- un type II de Masson, ou forme « à type d'angiome caverneux », ou « type vasculaire ».

Ces différents types ne présentent aucune dégénérescence cellulaire suspecte de malignité.

3) SELON LA SYMPTOMATOLOGIE

Les différentes formes sont variables selon l'intensité de la douleur surtout. Mais ici, le schéma est moins net.

On peut cependant en distinguer :

- UNE GRANDE FORME HYPERALGIQUE, accompagnée du syndrome fonctionnel douloureux d'une richesse telle qu'il en impose pour une pathologie grave.

Il paraît vraisemblable, en toute hypothèse, d'attribuer cette grande forme hyperalgique à une méconnaissance du syndrome par le thérapeute qui l'a laissé évoluer trop longtemps. A mesure qu'on le connaît avec plus de précision, il est juste de reconnaître que cette forme tend à devenir « historique ».

- UNE FORME ATTÉNUÉE, d'évolution moins longue, dans laquelle l'élément douloureux est plus volontiers rattaché à la véritable cause et a mis en jeu plus rapidement les éléments de la thérapeutique.

4) SELON L'ÉVOLUTION

Une publication récente attire l'attention sur une forme récidivante, mais les arguments, à la vérité, ne sont pas suffisamment probants pour en attester la réalité.

Signalons enfin qu'une autre publication remettrait en cause la bénignité de la tumeur.

TRAITEMENT

Le traitement est univoque et bien codifié : c'est l'ablation chirurgicale de la tumeur.

La technique en est simple, sans difficulté majeure, à la condition d'être exécutée avec les moyens de l'acte chirurgical ordinaire.

La tumeur, bien encapsulée à sa périphérie, est vascularisée d'une manière systématique par son « hile », se laisse aisément extirper dans sa totalité.

Cette excision complète de la tumeur amène une guérison totale, rapide et définitive, et est l'occasion pour le thérapeute d'un succès brillant à peu de frais.

CHAPITRE I

OBSERVATION *

La malade, Madame Monique P..., âgée de vingt-sept ans, se présente à la consultation du 17 juin 1960 pour une leucorrhée et des douleurs pelviennes gauches.

Sa leucorrhée, de moyenne abondance, est apparue un an auparavant. La malade a consulté son médecin traitant pour des troubles semblables. Ce dernier l'a adressée à un confrère gynécologue, qui a instauré un traitement. Les troubles ont régressé mais sont réapparus depuis.

Depuis deux mois environ, ses règles sont moins abondantes et les douleurs qu'elle accusait plus violentes. Ces douleurs n'ont aucun caractère particulier, ne sont en relation avec aucun épisode de sa vie génitale et sont apparues spontanément, sans aucun fait saillant à leur origine. La malade se plaint, en outre, d'une dyspareunie d'intromission, qui l'oblige à refuser les rapports sexuels.

A l'examen au spéculum, on trouve une leucorrhée purulente, jaunâtre, abondante. Le vagin est inflammatoire. On note une petite ulcération péri-orificielle du col.

Le T.V. trouve une rétrodéviation de l'utérus et on rattache peut-être un peu trop rapidement les douleurs d'intromission et la dyspareunie à la bascule postérieure du corps utérin.

Il existe, d'autre part, une petite adénopathie inguinale droite douloureuse. On note aussi des petits ganglions inguinaux gauches perceptibles.

On fait un prélèvement vaginal pour isoler l'élément infectieux ou parasitaire, ainsi qu'une formule-numération sanguine dont le résultat est : G.R. : 4.200.000 ; G.B. : 8.000 ; poly. neutro. : 73 % ; éosino. : 1 % ; baso. : 0 % ; lymphocytes : 22 % ; monocytes : 4 %.

Le prélèvement vaginal, à l'examen direct, montre la présence de très nombreux trichomonas, une desquamation épithéliale importante, d'assez nombreuses hématies et une flore de Döderlein absente.

(*) Cette observation a été recueillie dans le Service du Docteur BARDIAUX, à la Consultation de Gynécologie de l'Hôpital d'Aulnay-sous-Bois.

Un traitement de la leucorrhée à trichomonas est institué, et un B.W. est pratiqué, qui revient négatif.

Après vingt jours de traitement, la malade revient à la consultation avec une petite leucorrhée persistante et on décide, du point de vue gynécologique, une électro-coagulation de l'orifice externe du col après les prochaines règles. Cependant, la douleur d'intromission persiste et on demande une radiographie du bassin et de la hanche pour tenter d'éclairer l'origine de cette douleur. On adresse, d'autre part, la malade à la consultation de médecine générale de l'hôpital pour ses adénopathies inguinales.

Les ganglions inguinaux ne paraissent pas, au médecin, comporter de note particulière. Une radiographie pulmonaire est pratiquée pour son compte, ainsi qu'une épreuve d'hyperglycémie provoquée, qui tenterait d'expliquer une série de malaises présentés par la malade qui présentait des antécédents de tuberculose pulmonaire assez récents. Il demande, enfin, après guérison de l'infection génitale, que soit pratiquée une formule-numération sanguine. Celle-ci montre : G.R. : 4.000.000 ; G.B. : 6.100 ; neutro. : 60 % ; éosino. : 1 % ; baso. : 0 % ; lymphocytes : 23 % ; monocytes : 4 %. Une vitesse de sédimentation montre : à la première heure : 9 mm ; à la deuxième heure : 25 mm ; à la troisième heure : 37 mm.

Les règles surviennent du 26 au 30 septembre et l'électro-coagulation est pratiquée le 3 octobre. On demande à la malade de revenir à la consultation le mois suivant pour le contrôle de son électro-coagulation.

Le 14 novembre, la malade revient. Le col est en bon état de cicatrisation et l'aspect de la leucorrhée persistante, ainsi que les examens antérieurs sont suffisamment explicites. Le traitement par Flagyl (local et général), Terramycine (ovules) et Lactacyd 2 est continué.

Le 28 novembre, soit quatorze jours plus tard, la malade revient à la consultation pour sa leucorrhée en traitement, mais insiste surtout sur une recrudescence apparue récemment et brusquement, de ses douleurs, au cours des rapports sexuels et en position assise, « quand elle fait de la bicyclette ».

A l'examen, il existe une tuméfaction sous-urétrale qui était peut-être passée inaperçue au premier examen. Cette tuméfaction est très allongée, de la taille d'une phalange, et très douloureuse. La palpation réveille une douleur semblable à celle spontanément ressentie par la malade.

L'hypothèse admise est que l'on est en présence d'un abcès sous-urétral et on instaure un traitement par instillations *in situ* d'antibiotiques et d'hydrocortisone.

Le 3 décembre, il y a diminution de la douleur qui a duré vingt-quatre heures. Mais elle reprend bien vite avec, cette fois, une irradiation très nette vers la jambe.

Au toucher, la masse a peut-être un peu diminué de volume, mais par l'introduction d'une bougie dans l'urètre, on s'aperçoit, en fait, que la masse est sus-urétrale.

On poursuit la thérapeutique déjà instituée, antibiotiques-hydrocortisone en injections locales, le 6, 10 et 14 décembre 1960.

Aucune amélioration sensible n'est notée, et devant la persistance de cette douleur de caractère très précis et localisée, on fait une radiographie de la branche ischio-pubienne. Une incidence défavorable laisse croire à un trait de fracture

ancien. A l'interrogatoire, on retrouve l'existence d'un antécédent traumatique au cours d'un coït, qui semble insuffisant, tout de même, pour expliquer une fracture. Une autre radiographie est pratiquée qui ne retrouve pas l'image précédente.

Le 26 décembre, la douleur est toujours de la même intensité, et l'examen découvre la présence d'une petite masse de la taille d'un petit pois, située au-dessous de l'insertion pubienne du releveur de l'anus, dans le repli nympho-hyménéal. Cette petite tumeur roule sous le doigt et est exquisement douloureuse. On en fait une infiltration locale à la novocaïne et on demande à la malade de revenir pour une exérèse.

Le 4 janvier 1961, la malade, convaincue par le traitement local à la novocaïne, accepte l'exérèse de sa tumeur qui est pratiquée le 7.

La pièce, selon l'usage du service, est envoyée à l'examen anatomo-pathologique.

Les suites opératoires sont troublées par une infection urinaire.

Le résultat de l'examen anatomo-pathologique fut pour nous une surprise : « Petite tumeur glomique de Masson dans sa variété cellulaire compacte. Cette tumeur douloureuse se conduit toujours en tumeur bénigne. » (Laboratoire du Professeur DUPERRAT.)

Le 30 janvier, on constate une complète guérison locale et une cicatrice de très bel aspect. La malade nous dit la complète disparition de la dyspareunie et des douleurs qu'elle ressentait auparavant.

Cependant, elle accuse toujours la présence d'une masse inguinale droite légèrement douloureuse. À la palpation, on sent un nodule de la taille d'un haricot, oblique, ovalaire, dirigé en bas et en dedans, situé au niveau de l'arcade crurale, en dedans de l'artère fémorale et devant la branche horizontale du pubis.

Le problème se posait d'une autre tumeur glomique et, craignant une autre localisation glomique, une conduite analogue à la précédente fut adoptée. L'exérèse fut pratiquée le 8 mars, retardée qu'elle fût par des investigations complémentaires pour un problème autre que celui qui nous occupe.

L'examen histologique montra :

« Un ganglion inguinal. La coupe concerne un gros ganglion en état inflammatoire subaigu, sans caractère tumoral. » (Professeur DUPERRAT.)

Tel est l'essentiel de notre observation.

CHAPITRE II

COMMENTAIRES

Cette observation appelle plusieurs commentaires. Nous la ferons entrer dans le cadre du syndrome glomique.

Nous la confronterons avec le seul document publié sur la localisation vulvaire d'une tumeur glomique, document en langue allemande.

* *

Dans le cadre de la maladie glomique, notre malade entre de plain-pied par plusieurs caractères.

- Le premier est celui de l'erreur de diagnostic. Il est signalé par l'unanimité des auteurs que nous avons lus et fait partie intégrante de la clinique, comme nous avons essayé de le suggérer. Ceci est un plaidoyer en notre faveur et il n'a pas été dans notre intention de le mettre particulièrement en exergue. Mais la reconnaissance de la même erreur qui a été la nôtre nous a un peu rassuré.

En effet, notre malade a été mise pendant plus d'un mois et demi à un traitement aberrant d'infiltration locale d'antibiotiques-hydrocortisone qui n'a amené aucun changement. C'est devant le caractère bien limité de la tumeur et après le traitement purement symptomatique à la novocaïne, ainsi que sur la conduite à tenir bien codifiée des tumeurs bénignes de la vulve, que l'exérèse chirurgicale fut décidée.

- Le deuxième caractère est celui de la douleur.

Son apparition, au début de la saison froide, coïncide avec les données classiques. La tumeur est, en effet, sensible au froid, plus sensible au froid qu'à la chaleur. Les phénomènes douloureux apparaissent, chez notre malade, au mois de septembre et allèrent en s'intensifiant pendant les mois de novembre et décembre, nous forçant un peu la main à une anesthésie locale. L'ablation, au mois de janvier, ne nous permit pas de poursuivre notre expérimentation bien involontaire.

Les caractères de cette douleur nous semblèrent mériter un petit développement complémentaire.

C'est volontairement que nous n'avons pas décrit, avec plus de détails, les caractères douloureux quand nous avons rapporté l'observation. Nous nous sommes tenus volontairement à l'exposition du dossier tel qu'il a été pris en cours d'évolution, sans y ajouter de détails, *a posteriori*, qui n'auraient eu que le mérite de la présenter avec une fausse impartialité.

Les douleurs n'étaient pas celles de ces grandes formes hyperalgiques qui amènent à la consultation de véritables impotents. À la lecture ultérieure d'autres cas, notre attention fut vivement attirée par la description de ces malades évitant de donner une poignée de main, ou même de se laver, dans la crainte de réveiller une intense douleur, ou arrivant à la consultation soutenant son pantalon pour éviter le frottement du tissu sur la tumeur, ou encore au bord de l'idée de suicide.

D'autres formes, il est vrai, ont été décrites, de douleurs évoluant sous le mode mineur, d'intensité généralement faible et permettant une activité quasi normale.

Notre malade entrait dans cette catégorie, qui ne nous a extériorisé qu'une douleur « gênante ». Nous n'en avons retenu que le fait qui nous avait été décrit comme le plus caractéristique, « celui d'être exagéré par la pression, quand elle faisait de la bicyclette ».

Ce fait même ne nous était pas apparu comme tellement remarquable, habitué que nous sommes à toutes les manifestations douloureuses diverses et variées, souvent inattendues, qu'il nous est donné de voir dans le domaine de la sphère génitale.

Rien donc ne distinguait notre malade des autres « petites douloureuses » bien connues en gynécologie, domaine si riche en phénomènes algiques erratiques, inconstants, variables, difficiles à localiser, et à orienter.

L'explication réside peut-être dans le fait que la tumeur était d'évolution récente et qu'elle n'a pas eu le temps de compléter sa forme typique. L'évolution négligée aurait peut-être permis de définir la physionomie maintenant si explicite qui a donné lieu à ces multiples descriptions maintenant bien classiques.

- La radio a été pratiquée systématiquement, comme le recommande F. LAYANI. Elle ne nous a pas permis de retrouver les images d'érosion osseuse ou de cupule sous-jacentes à la tumeur. Nous l'avons pratiquée dans le but d'éliminer une douleur osseuse qui eût coupé court aux autres investigations complémentaires en nous fournissant une explication extra-génitale.

La première image qui nous a été donnée, d'un trait de fracture ancienne, ne s'est pas retrouvée sous une autre incidence et n'était dû qu'à un artéfact.

L'examen a donc été négatif, mais nous n'hésiterions pas à le faire, comme le veulent les classiques, dans l'hypothèse d'une autre maladie.

- Le quatrième caractère est celui de la notion d'un traumatisme antérieur dans l'apparition du syndrome. L'interrogatoire attentif de la malade ne nous a permis de recueillir aucun fait précis dans cet ordre d'idées, et le seul qui parut digne de retenir sa mémoire, celui d'un traumatisme au cours d'un rapport sexuel, ne nous paraît pas devoir être susceptible d'intérêt. Nous préférons penser qu'un traumatisme plus important et de caractère plus défini eût davantage marqué son souvenir et considérer le rôle comme négatif d'un traumatisme dans l'apparition de la tumeur.

- Le dernier caractère, enfin, est celui du traitement et de son résultat. En effet, l'exérèse facile amena la sédation des symptômes et la guérison de la douleur.

CHAPITRE III

CONFRONTATION AVEC UN CAS SIMILAIRE ANALYSE DES ELEMENTS DE COMPARAISON

En 1951, dans *Zentblatt für Gynecologie*, H. STANGE fait l'étude d'une femme présentait une tumeur glomique du clitoris.

L'intérêt, pour nous, fût double, de la lecture du travail du gynécologue allemand :

- de par sa localisation d'une part, qui fut la seule que nous ayons rencontrée ;
- de part son évolution récidivante d'autre part, qui nous semblât inhabituelle.

Tel est l'essentiel du texte qui expose le premier problème, son évolution et sa thérapeutique.

Dans un premier point, fort important du point de vue nosologique, STANGE parle d'une « tumeur récidivante ». A la lecture de la traduction de son observation, il apparaît que les arguments avancés n'emportent pas la pleine conviction.

Quatre ans auparavant, en effet, sa malade présentait déjà une « tumeur semblable » à celle qui fût observée en 1950, tumeur « qui fût enlevée par son médecin traitant ». « Les douleurs furent exactement les mêmes. »

Les conditions opératoires ne sont pas décrites par l'auteur, non plus que l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire, s'il fût pratiqué.

Il n'est pas dans notre intention de mettre en doute la bonne foi de l'opérateur, mais le manque de précision de la première intervention dans lequel nous tient notre narrateur nous oblige à émettre les plus grande réserves quant à la réalité démontrée d'une première tumeur glomique.

Est-il en fait question de la même tumeur, récidivant après une première ablation, d'une seconde tumeur développée dans les mêmes conditions que la première et à son voisinage, ou d'un problème totalement différent ? Rappelons pour mémoire, qu'il a été décrit une forme multiple de la maladie glomique, dans laquelle plusieurs foyers évoluaient simultanément, bilatéralement ou successivement.

Nous-mêmes avons été amenés à pratiquer une deuxième intervention dans la région inguinale, dans la crainte d'une autre localisation — crainte qui s'est révélée être, à l'examen, sans raison.

* *

Beaucoup plus classiques sont les manifestations douloureuses présentées par la malade et décrites à la première consultation gynécologique. Les douleurs sont intenses, profondes, prolongées, réveillées par le moindre mouvement, en particulier au moment des rapports sexuels, à tel point qu'ils sont devenus insupportables au cours des derniers mois. La dyspareunie est telle qu'elle a amené une séparation conjugale. La malade est devenue de plus en plus nerveuse, anorexique, constipée. La dyspareunie est telle qu'elle a conduit la malade à des idées de suicide.

Nous trouvons, dans ce cas, les caractères cliniques majeurs de la tumeur glomique, de la douleur intense retentissant sur l'état général et le psychisme, tels qu'ils se dégagent des études générales faites sur le sujet.

Comme pour notre cas personnel, les douleurs aux rapports sexuels étaient si importantes qu'elles amènent la malade à se refuser à une vie normale.

Mais cependant, il n'y a pas, pour notre malade, de retentissement psychique aussi important. Il est à noter que H. STANGE parle de plusieurs mois d'évolution du syndrome et il est à penser qu'il s'agirait peut-être, en fait, de plusieurs années. Cela donnerait l'explication de la différence dans l'intensité des deux cas rapportés.

* *

De la même manière que dans la première observation, notre malade avait une rétroversion utérine qui compliquait le problème douloureux en intriquant, à ceux de la tumeur glomique, ses éléments propres. Nous souscrivons volontiers à la conclusion de l'auteur allemand quand il affirme que, dans le tableau général, il est difficile

d'affirmer avec précision la participation de la rétrodéviatio*n* et de faire, à chacun des deux éléments, la part qui leur revienne en toute justice.

* *

L'examen montra l'existence d'une tuméfaction para-clitoridienne gris rouge, de petite taille. Elle fut plus explicite que la nôtre, car, au moindre attouchement, la malade pousse un cri et ne se laisse plus examiner, rappelant la douleur « en sonnette » des autres localisations que nous n'avons pas retrouvées nous-mêmes.

L'acte thérapeutique fut comme le nôtre, et comme les classiques, concis, aisé et définitif. L'exérèse de la tumeur, complétée par la cure de la rétrodéviatio*n*, fut suivie de bonnes suites opératoires et amena une amélioration dans tous les domaines, fonctionnels et généraux.

* *

Il ne serait, bien entendu, d'aucun intérêt de tirer une synthèse de l'étude de deux cas similaires.

Enregistrons simplement le fait d'une localisation inhabituelle ou du moins peu soumise à la description.

Nous noterons, d'autre part, qu'elle entre dans le cadre général des tumeurs glomiques, qu'elle en a toutes les manifestations cliniques, qu'elle présente les mêmes caractères anatomo-pathologiques et que le traitement amène la même heureuse conclusion. Il n'y a aucune différence entre les tumeurs des doigts qui ont fait l'objet des premières études et celles de la région vulvaire.

CHAPITRE IV

Quelques considérations relatives à la localisation vulvaire doivent cependant être dégagées.

MASSON avait déjà entrevu que les tumeurs, se développant à partir d'éléments normaux, devaient être localisées en différents territoires et qu'il n'y avait pas, à proprement parler, de localisations ectopiques des glomus et de leurs tumeurs.

Ainsi, des formations glomiques ont-elles été retrouvées dans l'utérus, dans l'ovaire, au niveau du pénis, du clitoris et de l'urèthre, pour ne citer que les localisations génitales.

D'autre part, MASSON établissait encore un parallèle étroit entre la topographie du glomus neuro-myo-arteriel et des corpuscules de Wagner-Meissner, organites plus particulièrement adaptés au sens du tact.

Si ce parallélisme, si étroit dans la région des extrémités, tel que l'a étudié MASSON, était vérifié de la même manière dans la région du clitoris par exemple, on ne pourrait qu'être étonné de la fréquence exceptionnelle avec laquelle les glomus clitoridiens sont susceptibles de donner naissance à des tumeurs. Ces régions clitoridiennes et vulvaires, particulièrement sensibles au tact, devraient être le siège plus fréquemment de néoformations glomiques.

D'autre part, les localisations déjà citées, ovariennes et utérines, devraient peut-être prendre place dans les explications si diversement proposées du problème de la dysménorrhée.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic différentiel fut celui de toutes les tumeurs de la vulve et de la région péri-clitoridienne.

Le premier à se présenter à l'esprit fut celui de la tumeur douloureuse de l'endométriose. La présence d'une masse rougeâtre douloureuse, nettement localisée et encapsulée, nous amena à penser au classique endométriome vulvaire. La douleur ne présentait pas le caractère rythmé par les règles cycliques de l'endométriose. Mais on sait qu'il ne s'agit pas là d'un caractère constant de la douleur endométriale, et le schéma tumeur génitale + douleur nous amenait à évoquer fortement le diagnostic. Nous n'avons cependant pas voulu attendre les résultats du traitement d'épreuve par les androgènes devant le caractère bien localisé et bien encapsulé de la tuméfaction qui assurait une probabilité raisonnable de traitement curatif par l'exérèse.

Les autres diagnostics différentiels furent les kystes de la vulve, folliculaires ou sébacés, séreux, muqueux ou hématiques, dont Jean-Louis FAURE et SIREDEY disaient :

« Des kystes analogues ont été trouvés au niveau du clitoris, du testicule, au pourtour du méat. Ces derniers venant peut-être de l'extrémité inférieure des canaux de Gartner. »

Nous discutâmes aussi les autres éventualités de l'hydrocèle, l'hydrosadénome, les différentes tumeurs solides épithéliales et mésenchymateuses, les tumeurs vasculaires, le fibrome, le névrome, en espérant que l'examen histologique de la pièce opératoire nous fixerait sur la nature exacte de la tumeur.

CONCLUSION

En conclusion de cette étude succincte, les travaux relatifs au glomus neuro-myo-artériel de P. MASSON et aux tumeurs auxquelles il est susceptible de donner naissance, permettent de dégager un certain nombre de faits connus.

La morphologie normale du glomus est connue depuis le mémoire de P. MASSON, de 1924.

Son rôle physiologique est moins bien défini. Mais plusieurs hypothèses peuvent être retenues avec suffisamment de vraisemblance. De nombreuses justifications expérimentales et pathologiques viennent les confirmer. L'étude des différents appareils nerveux de la peau permettra de compléter la physionomie particulière des inter-réactions de ces différents éléments, déjà ébauchée.

La pathologie du glomus, dans ses différentes manifestations cliniques et anatomo-pathologiques, apparaît aussi bien connue. Dans sa forme typique, la maladie est de diagnostic facile et de traitement simple, qui assure une guérison définitive.

Peut-être cependant, les manuels de pratique courante ne font-ils pas à la tumeur une place qui lui revient ? Mais un nombre de mémoires de plus en plus grand permet de définir les contours précis de la maladie dans ses formes typiques et dans ses différentes formes cliniques : selon la symptomatologie, la forme anatomo-clinique ou la localisation.

Le but du présent travail a été de présenter une manifestation de la maladie glomique dans une de ses topographies les moins connues, la localisation génitale et plus particulièrement vulvaire. Elle est peut-être susceptible d'intéresser le gynécologue. Cette forme clinique a été, en effet, très peu décrite. La rareté du fait nous a laissé espérer qu'un certain intérêt pouvait s'attacher à notre travail.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse
DEGOS

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

Nous présenterons la bibliographie selon le même schéma que notre travail. Dans une première partie, nous citerons les principales références qui couvrent l'ensemble du sujet. Les très nombreuses publications ne permettent pas de donner tous les documents. La deuxième partie comprendra la bibliographie proprement gynécologique.

I. — BIBLIOGRAPHIE GENERALE

CAMPONOV (J.). — Les tumeurs glomiques. (*Thèse*, Paris, 1953, n° 189, bibliogr.)

DEGOS (R.). — Les tumeurs glomiques. (*Dermatologie*, Flammarion éd., t. II, pp. 803-1122.)

GANDER (G.). — Tumeurs myo-vasculaires, tumeurs glomiques, angiomyomes et hémangiopéricytome. (*Arquivo de Patologia*, 1952, XXIV, n° 1, bibliogr.)

LAYANI (F.). — Les tumeurs glomiques. (*L'Hôpital*, 1958, n° 679 bis, p. 153.)

MASSON (P.). — Le glomus neuro-myo-artériel des régions tactiles et ses tumeurs. (*Lyon Chirurgical*, 1924, XXI, p. 257, bibliogr.)

— Les glomus cutanés de l'homme. (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, 1935, Réunion de Strasbourg du 7 juillet 1935, p. 1174, bibliogr.)

— Les glomus neuro-vasculaires. (Paris, Hermann et Cie éd., 1937, bibliogr.)

MOUCHET (A.) et VILAIN (R.). — A propos des tumeurs glomiques. (*La Semaine des Hôpitaux*, 10 septembre 1949, p. 2772, bibliogr.)

PACK et ARIEL. — Tumors of the soft somatic tissues. The glomus tumors. (New York, Hoeber-Harper ed., 1958, p. 431.)

SUIRE (P.) et PIGEAUD (P.). — Les tumeurs du glomus neuro-myo-artériel. (*La Semaine des Hôpitaux, Annales de Chirurgie*, février 1960, vol. 14, n° 3-4, p. 174, bibliogr.)

II. — BIBLIOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

- BROCQ (P.) et ROBERT (H.G.). — Tumeurs bénignes vulvo-vaginales. (*Précis de Gynécologie*, tome II, Gynécologie chirurgicale, Masson éd., 1956, p. 269.)
- DEGOS (R.). — Muqueuse génitale de la femme. (*Dermatologie*, Flammarion éd., tome II, p. 1032.)
- FAURE (J.L.) et SIREDEY (A.). — Lésions organiques de la vulve et du vagin. (*Traité de Gynécologie*, Doin éd., 4^e édit., 1928, p. 951.)
- FUNCK-BRENTANO (P.), ROBERT (H.G.) et GUILLERMO (B.). — Les fibromes sous-urétraux chez la femme. (*Actualités Gynécologiques*, Expansion Scientifique éd., 1956, 2^e série, p. 104.)
- HOUËL (J.E.), LAFFARGUE (P.) et GARES (R.). — Les tumeurs de la vulve. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Gynécologie, 510 A10, tome II.)
- NETTER. — Tumeurs bénignes de la vulve. (*Gynécologie*, Paris, Flammarion éd., 1949, p. 302.)
- POZZI (S.). — Tumeurs de la vulve. (*Traité de Gynécologie Clinique et Opératoire*, Masson éd., 1897, 3^e édit., p. 1135.)
- STANGE (H.H.). — Tumeur glomique récidivante du repli clitoridien. (*Zbl. Gyn.*, 1951, 73, n^o 8, p. 803-810, bibliogr.)

